

GOUD
Gezond OUD

JE GEZONDHEID IS GOUD WAARD

Resultaten van het GOUD-onderzoek



VOORWOORD

In 2009 en 2010 hebben we bij Ipse de Bruggen, Abrona en Amarant grote acties gehad van de GOUD-studie: Gezond Ouder met een verstandelijke beperking. Elke twee weken werden nieuwe woningen uitgenodigd om met hun vijftig-plus cliënten naar de gymzaal te gaan. Daar werd de deelnemers gevraagd allerlei fitheidstests te doen en werden zij lichamelijk onderzocht. Ondertussen zaten begeleiders vragenlijsten in te vullen over ADL vaardigheden, kwaliteit van leven, depressie en angst. Aan het eind kregen de deelnemers een actiwatch om hun pols, om de slaap te onderzoeken, en een stappenteller aan hun rok- of broekriem. Er werd in die weken ook nog bloed afgenomen en een voedingsdagboek ingevuld. Om het kauwen en slikken te observeren kwam de logopediste een keer langs op de woning tijdens het lunchuur. Voor degenen die niet goed scoorden op de depressie-of angstlijsten, werd een diagnostisch onderzoek door een gedragskundige afgenomen.

Na twee weken waren de woning en de deelnemers klaar met het onderzoek. Bij de metingen waren fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten, doktersassistenten, testassistenten, gedragskundigen en artsen betrokken, die daarvoor een speciale training hadden gehad. Voor de logopedisten en de gedragskundigen kwamen daar zelfs professoren uit het buitenland voor over.

Omdat 1050 deelnemers of hun familie toestemming gaven om mee te doen, waren de metingen niet met twee weken klaar. Gedurende anderhalf jaar is er elke week enthousiast gewerkt aan de GOUD-studie.

In de dagactiviteitencentra liep nog de studie 'Meer bewegen op de dagbesteding'. Daaraan hebben 151 deelnemers meegedaan. De betreffende activiteitenbegeleiders, hun managers en de bewegingsagogen zijn daar druk mee geweest. Eerst het ontwerp van een goed programma en de voorbereidingen en daarna acht maanden het programma draaien met deelnemers die trots waren op hun medaille en diploma.

Waarom wilden de bestuurders met ons in het Erasmus MC een consortium vormen en een dergelijk grootschalig onderzoek doen naar veroudering? Omdat steeds meer cliënten de vijftig passeren en omdat zij wilden dat hun personeel optimale deskundigheid zou hebben op dit gebied. Ook vroegen zij zich af of er nog verborgen leemten waren in de multidisciplinaire zorg die bij hen geleverd werd.

Het heeft even geduurd voordat de resultaten zichtbaar werden. Dat komt, omdat het veel tijd kostte om alle gegevens van die 1050 mensen in te voeren op de computer en daarop analyses uit te voeren. Uiteindelijk zijn met de GOUD-studie acht onderzoekers bezig geweest. In dit boekje beschrijven zij vooral voor familie, woonbegeleiders en activiteitenbegeleiders de resultaten.

Wij hopen dat jullie tevreden zijn met de resultaten van al jullie inspanningen en die van de cliënten zelf.

Voor 2014 worden nu kleine proef-zorgverbeteringsprojecten voorbereid op basis van de uitkomsten: bij Ipse de Bruggen over slikstoornissen, bij Abrona over slaapstoornissen en bij Amarant over medicatiereviews en verminderen van antipsychoticagebruik.

Hartelijke groeten,
Prof Dr Heleen Evenhuis

*Leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten,
Erasmus MC Rotterdam*

Oktober 2013

INHOUDSOPGAVE

Deel 1: Hoe gezond zijn en leven ouderen met een verstandelijke beperking?

• Angst, depressie en life events	5
• Slaap en slaap-waakritme	9
• Voeding	11
• Ondergewicht en overgewicht	13
• Suikerziekte, hoge bloeddruk en hoog cholesterol	15
• Slikproblemen	19
• Botontkalking	21
• Lichamelijke activiteit	23
• Fitheid	25
• Een beweegprogramma voor ouderen met een verstandelijke beperking	27

ANGST, DEPRESSIE EN LIFE EVENTS

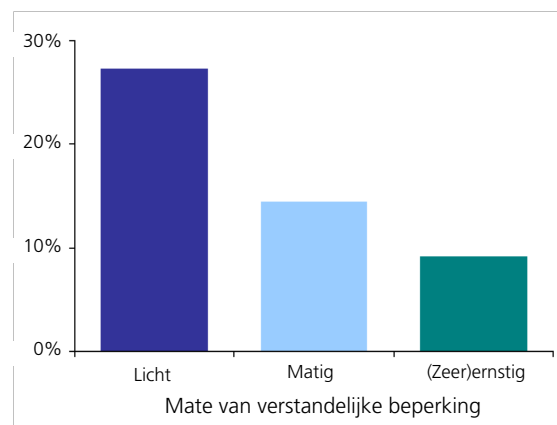
In het GOUD-onderzoek zijn depressie en angst onderzocht, omdat uit groot-schalig Nederlands onderzoek bij ouderen zonder verstandelijke beperking is gebleken dat beide vaak voorkomen. Ook hebben ze een negatieve invloed op de gezondheid, op hoe zelfstandig ouderen kunnen functioneren en ook op de kwaliteit van leven. Depressie en angst zijn echter nog nauwelijks onderzocht bij ouderen met een verstandelijke beperking.

Depressie en angst zijn psychiatrische stoornissen. Een dergelijke stoornis wordt pas vastgesteld als iemand voldoet aan een aantal criteria. Eén van die criteria is het hebben van symptomen die passen bij een depressie of een angststoornis. Andere criteria zijn bijvoorbeeld de duur van de symptomen en de mate van invloed van de symptomen op het dagelijks functioneren van een persoon. Als iemand dus depressieve of angstsymptomen heeft, betekent het niet altijd dat deze persoon ook daadwerkelijk een depressie of angststoornis heeft. In het GOUD onderzoek hebben we gekeken naar zowel de symptomen van depressie en angst als naar het vóórkomen van een depressieve stoornis of een angststoornis.

De symptomen van depressie en angst hebben we onderzocht met vragenlijsten. Hoe meer symptomen iemand heeft, hoe hoger de score op een vragenlijst. Voor elke vragenlijst is er een grensscore. Wanneer iemand boven deze grensscore scoorde, is deze persoon verder onderzocht met een psychiatrisch diagnostisch interview. In dit interview werd beoordeeld of iemand daadwerkelijk een depressie of angststoornis had.

Uit het GOUD onderzoek bleek dat één op de zes deelnemers depressieve of angstsymptomen heeft en dat deze symptomen vaak samen voorkomen. Ouderen met een lichte verstandelijke beperking hadden vaker symptomen van angst, zoals zorgen maken, dan ouderen met een ernstigere verstandelijke beperking (zie figuur 1). Ook hadden zij meer symptomen van angst dan ouderen zonder een verstandelijke beperking.

Figuur 1: Percentage ouderen met een verhoogd aantal angstsymptomen.



Ongeveer 1 op de 13 ouderen met een verstandelijke beperking heeft een depressieve stoornis. Dit is veel vaker dan ouderen zonder een verstandelijke beperking; van hen is ongeveer 1 op de 50 depressief. Depressieve ouderen met een verstandelijke beperking hadden vaker één of meer chronische aandoeningen (zoals diabetes of hart- en vaatziekten) en hadden meer ondersteuning nodig bij de activiteiten van het dagelijks leven, bijvoorbeeld het huishouden doen of eten klaarmaken.

Ruim 1 op de 25 ouderen heeft een angststoornis, dit is minder vaak dan bij ouderen zonder een verstandelijke beperking. Dit zou kunnen komen doordat de ouderen in het GOUD onderzoek vaak in een beschermde omgeving woonden waar hulp of ondersteuning van begeleiders beschikbaar is.

Uit het GOUD onderzoek bleek ook dat we depressieve en angstsymptomen vaak niet goed herkennen. Bij meer dan de helft van de ouderen waarbij in het GOUD onderzoek een diagnose depressie of angststoornis werd gesteld ontbrak deze diagnose in het dossier. Wanneer deze symptomen niet goed worden herkend, kan ook geen behandeling worden gestart.

Depressie en angst komen vaak samen voor, maar hangen ook samen met life events. Life events zijn ingrijpende gebeurtenissen die invloed hebben op het dagelijks leven. Een dergelijke gebeurtenis kan positief zijn (bijvoorbeeld verhuizing naar een mooiere woning) of negatief (bijvoorbeeld overlijden van een dierbare). Voor mensen met een verstandelijke beperking kunnen andere gebeurtenissen ingrijpender zijn dan voor mensen zonder een verstandelijke beperking. Dit komt doordat zij vaak minder controle hebben over de gebeurtenissen die hen overkomen (zij mogen en kunnen minder zelf beslissen), ze hebben minder sociale steun en minder vaardigheden om met moeilijke situaties om te gaan.

Uit het GOUD onderzoek bleek dat 7 op de 10 ouderen (70%) één of meerdere negatieve life events in het voorgaande jaar had meegemaakt. In de top 5 van meest voorkomende negatieve life events staan:

1. Problemen met een medebewoner (28%)
2. Structurele verandering in personeel (27%)
3. Lichte lichamelijke ziekte (24%)
4. Verlies of vermindering van mobiliteit (16%)
5. Ernstige ziekte van familie, verzorger, vriend (13%)

Ook bleek dat ouderen die weinig of geen symptomen van depressie of angst hebben minder (negatieve) life events hebben meegemaakt dan ouderen die deze symptomen wel hebben.

Hoofdpunten:

- Depressie komt vaker voor bij ouderen met een verstandelijke beperking dan bij ouderen zonder verstandelijke beperking.
- Depressie en angst blijken in de praktijk vaak niet te worden herkend.
- Depressieve en angstsymptomen versterken elkaar en ze hangen onder andere samen met life events.

SLAAP EN SLAAP-WAAK RITME

In het GOUD-onderzoek hebben we onderzoek gedaan naar slaap met de Actiwatch.

De Actiwatch is een soort horloge dat beweging kan meten (zie afbeelding 1). Aan de hand van hoeveel iemand beweegt, kan het slaappatroon afgeleid worden. In het GOUD-onderzoek hebben de deelnemers gedurende twee weken, 24 uur per dag, dit horloge gedragen om inzicht te krijgen in hun slaappatroon. Omdat het dragen van het horloge gedurende twee weken voor een aantal mensen te belastend was, heeft niet iedereen die deelgenomen heeft aan het GOUD-onderzoek dit horloge gedragen. In totaal hebben 551 deelnemers meegedaan aan het slaaponderzoek met de Actiwatch.

Afbeelding 1: Actiwatch.



Als eerste hebben we gekeken naar het slaap-waak ritme. Hierbij hebben we gekeken of de afwisseling tussen slaap en wakker zijn ongeveer hetzelfde is tussen verschillende dagen (stabiliteit), en hoeveel afwisseling er binnen een dag van 24 uur is tussen wakker en slaap (fragmentatie).

Deze uitkomsten hebben we vergeleken met een groep 50 plussers uit de algemene bevolking. Het blijkt dat ouderen met een verstandelijke beperking een minder stabiel slaap-waak ritme hebben. Ook is het meer gefragmenteerd. Dit betekent dat het slaap-waak ritme van ouderen met een verstandelijke beperking minder goed is dan dat van ouderen in de algemene bevolking.

Bij deelnemers van GOUD was slaap-waak ritme onder andere minder goed bij mensen met dementie, bij mensen met een hogere leeftijd en bij mensen met epilepsie. Het slaap-waak ritme was juist beter bij mensen die meer bewogen hadden overdag.

Daarnaast hebben we gekeken naar de slaap 's nachts. Veel cliënten liggen lang in bed: gemiddeld 10 uur en 30 minuten. Het blijkt dat vooral mensen die ouder zijn, een ernstigere verstandelijke beperking hebben, op een centrale voorziening wonen of in een rolstoel zitten, langer in bed liggen. Er is ook een samenhang gevonden tussen lang in bed liggen en het hebben van depressieve gevoelens.

Slaapproblemen komen vaak voor bij ouderen met een verstandelijke beperking. Bijvoorbeeld, 63.1% van de mensen was 's nachts langer dan anderhalf uur wakker, en 23.9% van de mensen lag meer dan een uur wakker voordat hij in slaap viel. In totaal had 72% van de deelnemers een slaapprobleem (of lang wakker liggen voor het in slaap vallen, of lang wakker liggen 's nachts, of te kort slapen, of te vroeg wakker worden 's morgens). Veel van deze problemen waren niet bekend bij de groepsleiding.

Met behulp van het GOUD onderzoek en de Actiwatch hopen we in de toekomst slaapproblemen beter op te kunnen sporen.

Hoofdpunten:

- De actiwatch kan in de praktijk worden gebruikt om slaapproblemen bij oudere mensen met een verstandelijke beperking op te sporen.
- Meer dan zeven op de tien ouderen met een verstandelijke beperking heeft één of meerdere slaapproblemen.
- Slaapproblemen blijken in de praktijk vaak niet te worden herkend.

VOEDING

In het GOUD-onderzoek is niet alleen gekeken naar gezondheid, maar ook naar leefstijl. Onder leefstijl valt onder andere ook voeding. We hebben gekeken wat en hoeveel ouderen met een verstandelijke beperking eten. Dit hebben we afgezet tegen de landelijke richtlijnen voor gezonde voeding.

Voor het meten van de voedingsintake is gebruik gemaakt van voedsel-frequentie lijsten. Dit zijn lijsten met daarop allerlei voedingsproducten. De lijsten zijn ingedeeld naar eetmoment: ontbijt, tussendoortje in de ochtend, lunch, tussendoortje in de middag, diner, tussendoortje in de avond. Voor elk product moest aangegeven worden hoeveel een persoon hiervan binnenkrijgt (zie afbeelding 2).

Afbeelding 2: voedsel-frequentie lijst.

Naam cliënt:		Naam invuller:.....	Datum: .../.../.....
Ontbijt		Hoeveelheid	
Brood wit/buin/volkoren		.....	Snedes
Broodje wit/buin/volkoren		.....	Stuks
Croissant		.....	Stuks
Cracker/beschuit wit/volkoren		.....	Stuks
Pap nl .....		.....	ml
Anders nl.....		.....	
Halvarine/margarine/roomboter		.....	Beleg
Kaas 20+/30+/48+		.....	Plak
Vleeswaren nl .....		.....	Plak
Zoet beleg nl.....		.....	Beleg
Anders nl.....		.....	
Koffie/thee/water		.....	ml
Suiker		.....	Klontje/Schepje
Melk		.....	Scheutje/Cupje
Melk mager/halfvol/vol		.....	ml
Karnemelk		.....	ml
Anders nl.....		.....	

De voedsel-frequentie lijsten moesten gedurende drie dagen worden ingevuld (twee doordeweekse dagen en één weekenddag). Vervolgens heeft een computer programma alle voedselproducten omgezet in voedselbestanddelen: energie, eiwit, vet en vezels.

Omdat het invullen van de voedsel-frequentie lijsten heel tijdrovend is, hadden we er vooraf al voor gekozen om niet voor alle deelnemers aan het GOUD-onderzoek deze lijsten in te laten vullen. Uiteindelijk hebben er 235 mensen aan dit deel van het onderzoek meegedaan.

Uit het GOUD-onderzoek is gebleken dat veel ouderen te weinig energie en eiwitten binnen krijgen. Zo krijgen 3 op de tien ouderen onvoldoende eiwitten binnen. Eiwitten zijn erg belangrijk voor de opbouw van spieren en deze mensen hebben daarom een verhoogd risico op het ontwikkelen van spierzwakte en daardoor een verhoogd risico op verlies van zelfstandigheid.

Ook krijgen bijna alle ouderen (98%!) met een verstandelijke beperking te weinig vezels binnen. Vezels zijn belangrijk voor een goede stoelgang en mensen die te weinig vezels binnen krijgen hebben daarom een verhoogde kans op het krijgen van obstipatie.

Naast te weinig vezels, te weinig eiwitten en te weinig energie krijgen veel ouderen juist teveel ongezonde (verzadigde) vetten binnen. Dit zorgt voor een extra risico op het krijgen van hart- en vaatziektes.

Kortom: er valt dus nog veel winst te behalen als het gaat om gezonde voeding. Door middel van scholing kunnen medewerkers van zorgorganisaties meer bewust gemaakt worden van gezonde voeding. Ook moet gericht gekeken worden naar het aanbod van voeding, bijvoorbeeld in restaurants en/of kantines op centrale instellingsterreinen en zou het aanschaffen van gezonde producten, zoals groente en fruit, aantrekkelijker gemaakt moeten worden (bijvoorbeeld door prijsafspraken met lokale supermarkten).

Hoofdpunten:

- Veel ouderen met een verstandelijke beperking krijgen te weinig energie, te weinig eiwitten, te weinig vezels en teveel (ongezonde) vetten binnen.
- Dit maakt hen kwetsbaar voor aandoeningen zoals spierzwakte, obstipatie en hart- en vaatziektes.
- Zorgorganisaties moeten meer aandacht besteden aan gezonde voeding.

ONDERGEWICHT EN OVERGEWICHT

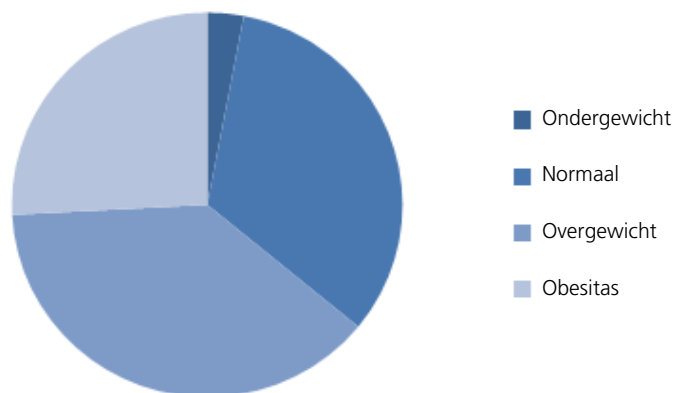
Binnen het GOUD-onderzoek hebben we ook het gewicht van oudere mensen met een verstandelijke beperking onderzocht. Het hebben van een gezond gewicht is belangrijk omdat je dan minder kans hebt op het krijgen van bepaalde aandoeningen en/of ziektes. Zo hebben mensen met een te laag gewicht (ondergewicht) meer kans op het krijgen van infecties en mensen met overgewicht meer kans op het krijgen van hart- en vaatziektes.

Een veel gebruikte maat om onder- en overgewicht vast te stellen is het bepalen van de body mass index (BMI). Hierbij wordt rekening gehouden met zowel je lengte als je gewicht. Bij een BMI onder de 18,5 (voor mensen van 65 jaar en ouder onder de 20) is er sprake van ondergewicht, bij een BMI van 25 of hoger is er sprake van overgewicht en bij een BMI van 30 of hoger is er sprake van ernstig overgewicht ofwel obesitas. Naast de BMI, kunnen ook de middelomtrek en de middel-heup ratio (middelomtrek t.o.v. de heupomtrek) worden gebruikt als maat voor overgewicht. Dit heeft er mee te maken dat vooral mensen die vet ophopen rond hun middel (de zogenaamde appelvormigen) een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziektes in vergelijking met mensen die slank zijn rond de taille, maar vet ophopen rond de heupen (de zogenaamde peervormigen).

Resultaten BMI

Uit het GOUD onderzoek bleek dat slechts een klein deel van de deelnemers ondergewicht heeft. Ongeveer één derde van de deelnemers heeft een normaal gewicht en ruim één derde van de mensen heeft overgewicht. Daarnaast heeft ook nog eens een kwart van de mensen ernstig overgewicht ofwel obesitas (zie figuur 2), dit is veel hoger dan het percentage obesitas in de algehele populatie (10%).

Figuur 2: Percentage mensen met ondergewicht, normaal gewicht, overgewicht en obesitas.



Resultaten middelomtrek en middel-heup ratio

Obesitas volgens de middelomtrek en middelheup ratio komt respectievelijk bij 46% en 48% voor. Vooral vrouwen en mensen op hogere leeftijd hebben obesitas. Mensen met een lichtere verstandelijke beperking, mensen die zelfstandiger wonen, mensen die zelfstandig kunnen koken en boodschappen doen en mensen die weinig bewegen hebben ook een groter risico op obesitas. Verder hebben ook mensen met autisme en mensen die atypische antipsychotica (een bepaald gedragsmedicijn, o.a. tegen psychose) gebruiken vaker obesitas.

Hoofdpunten:

- Ondergewicht komt niet vaak voor bij ouderen met een verstandelijke beperking.
- Dit in tegenstelling tot (ernstig) overgewicht: dit komt vaak voor bij ouderen met een verstandelijke beperking, meer dan in de algehele bevolking.
- Vrouwen, mensen die meer zelfstandig zijn en mensen die bepaalde medicijnen gebruiken vanwege gedragsproblemen hebben met name meer kans op het hebben van overgewicht.

SUIKERZIEKTE, HOGE BLOEDDRUK EN HOOG CHOLESTEROL

Hart- en vaatziekten (zoals bijvoorbeeld een beroerte of een hartinfarct) zijn een belangrijk gezondheidsprobleem in Nederland, één op de drie Nederlanders overlijdt hieraan. Risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn overgewicht, hoge bloeddruk, diabetes mellitus (suikerziekte) en een hoog cholesterol. Dit wil zeggen dat personen met één of meerdere van deze aandoeningen een verhoogd risico hebben op het krijgen van hart- en vaatziekten. Als er sprake is van meerdere risicofactoren bij één persoon, dan heeft deze persoon het metabool syndroom. De kans op een hart- of vaatziekte is dan nog eens extra groot. Bij ouderen met een verstandelijke beperking was er tot nu toe weinig bekend over suikerziekte, metabool syndroom en de andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Om dit beter in kaart te brengen hebben binnen het GOUD-onderzoek 980 mensen meegedaan aan een lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek.

Diabetes

Diabetes mellitus (suikerziekte) kwam vaak voor bij deelnemers aan het GOUD-onderzoek (14%). Vooral vrouwen hadden dit vaker dan leeftijdsgenoten uit de algemene populatie. Verder hadden mensen met een hogere leeftijd, een lichtere verstandelijke beperking en mensen die zelfstandig boodschappen konden doen een hoger risico op diabetes. Mensen met Down syndroom hadden juist minder vaak diabetes. Ook hebben we een relatie gevonden tussen het hebben van diabetes en symptomen van angst. Enerzijds kan dat komen doordat het hebben van diabetes met de bijbehorende medische controles en risico's op complicaties beangstigend kan zijn. Anderzijds kunnen de hormonale veranderingen bij zowel diabetes als angst invloed op elkaar hebben.

Hoge bloeddruk, hoog cholesterol en metabool syndroom

Zoals hierboven genoemd is het metabool syndroom een verzamelterm voor het hebben van meerdere risicofactoren op hart- en vaatziekten. Als je aan drie van de volgende vijf criteria voldoet heb je het metabool syndroom.

- Overgewicht (vastgesteld met behulp van de middelomtrek)
- Een verhoogde bloedsuiker, of het gebruik van bloedsuiker verlagende medicatie
- Een hoge bloeddruk, of het gebruik van bloeddruk verlagende medicatie
- Te veel bloedvetten (triglyceriden)
- Een te hoog LDL-cholesterol (ook wel het 'slechte' cholesterol genoemd), of het gebruik van cholesterol verlagende medicatie.

Bij de deelnemers aan het GOUD-onderzoek kwam het hebben van een verhoogde bloeddruk (53%) even vaak voor als in de algemene populatie. Een verhoogd cholesterol kwam minder vaak voor (23%). Het metabool syndroom kwam ook even vaak voor (45%) als in de algemene populatie. Net als bij diabetes werd ook hier steeds gezien dat vrouwen en mensen op hogere leeftijd meer risico liepen, evenals mensen met een lichtere verstandelijke beperking, mensen die zelfstandig konden koken en/of boodschappen doen. Ernstig overgewicht (obesitas) geeft weer een risico op een verhoogde bloeddruk en een verhoogd cholesterol. Mensen met Down syndroom hadden minder kans op een hoge bloeddruk en op het metabool syndroom.

Conclusie

Risicofactoren op hart- en vaatziekten zijn bij ouderen met een verstandelijke beperking in aanzienlijke mate aanwezig. Het is daarom belangrijk dat mensen met een verstandelijke beperking al op jongere leeftijd leren wat gezond gedrag is, bijvoorbeeld hoe je een gezonde (en lekkere) maaltijd kunt samen stellen. Verder is het belangrijk dat bewegen een belangrijk onderdeel van het dagelijks leven wordt. Ook hierin kunnen mensen leren gezondere keuzes te maken. Mensen die deze keuzes niet zelf kunnen maken moeten hierin worden ondersteund door hun omgeving. Verder bevelen wij aan dat artsen een actief cardiovasculair risicomanagement inzetten, om risicofactoren vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Hoofdpunten:

- Risicofactoren voor hart- en vaatziekten (hoge bloeddruk, suikerziekte, verhoogd cholesterolgehalte en metabool syndroom) komen vaak voor bij ouderen met een verstandelijke beperking.
- Oudere vrouwen en mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben meer kans op het hebben van één of meerdere van deze risicofactoren en mensen met Down syndroom hebben juist minder kans.

SLIKPROBLEMEN

Slikproblemen komen in de algemene bevolking vaak voor bij oudere mensen in verzorgings- en verpleeghuizen. Slikproblemen kunnen leiden tot verslikincidenten en ernstige verslikincidenten kunnen weer leiden tot longontstekingen. Omdat longontstekingen vaak ernstig en soms zelf dodelijk verlopen, is het belangrijk slikproblemen in een vroeg stadium op te sporen.

Speciaal voor mensen met een verstandelijke beperking is er een instrument ontwikkeld om slikproblemen bij hen vast te stellen: de Dysphagia Disorder Survey. Door het observeren van de maaltijd volgens een vaste methode kan door getrainde behandelaars worden vastgesteld of er slikproblemen zijn of niet. Ook binnen het GOUD-onderzoek hebben we op deze manier slikproblemen gemeten.

Van de 930 personen die meegedaan hebben aan dit deel van het onderzoek had bijna één kwart (23%) geen slikproblemen. Een kwart van de mensen had lichte problemen en ruim de helft van de deelnemers had matige tot ernstige slikproblemen. Vooral bij deze laatste (grote) groep is er een risico op het krijgen van longontstekingen (door het verslikken).

Slikproblemen kwamen vaker voor bij mensen die ouder waren dan 70 jaar, bij mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking, bij mensen met spasticiteit en bij mensen die medicijnen gebruiken om epilepsie tegen te gaan. Verder bleek uit het onderzoek dat we slikproblemen vaak niet goed herkennen. Slechts bij één op de tien mensen met slikproblemen stond dit ook vermeld in hun medisch dossier.

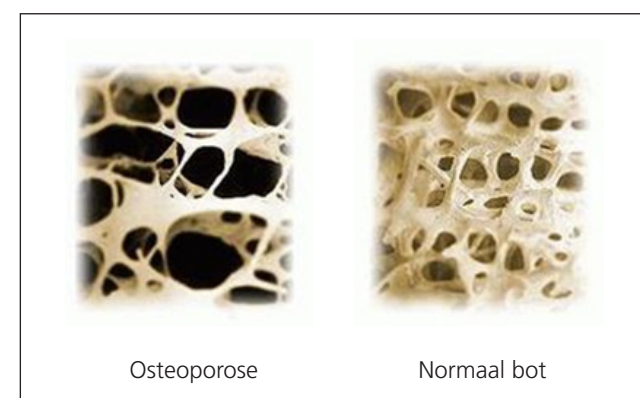
Hoofdpunten:

- Ruim de helft van de ouderen met een verstandelijke beperking heeft matig tot ernstige slikproblemen.
- Slikproblemen komen vooral vaak voor bij 70-plussers, bij mensen met een matig of ernstige verstandelijke beperking en bij mensen die spastisch zijn of anti-epileptica gebruiken.
- Slikproblemen blijken in de praktijk vaak niet te worden herkend.

BOTONTKALKING

Botontkalking ofwel osteoporose is een aandoening waarbij de botkwaliteit lager is dan normaal (zie afbeelding 3). Deze lage botkwaliteit zorgt ervoor dat mensen met botontkalking meer kans hebben op het krijgen van botbreuken. Botontkalking komt vaak voor bij oudere mensen in de algemene populatie. In de huisartsenpraktijken in Nederland heeft 9% van de mannen en 42% van de vrouwen van 75 jaar en ouder botontkalking. Ook bij mensen met een verstandelijke beperking komt osteoporose vaak voor. In het buitenland zijn er diverse onderzoeken geweest naar osteoporose bij kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking. Bij ouderen met een verstandelijke beperking is botontkalking nooit op grote schaal onderzocht, daarom hebben we binnen het GOUD-onderzoek gekeken naar het voorkomen van botontkalking en hebben we onderzocht welke subgroepen een verhoogd risico hebben op botontkalking.

Afbeelding 3: verschil tussen botontkalking (osteoporose) en normaal bot.



Botontkalking wordt in de algemene populatie gemeten met behulp van een DEXA-scan. Dit instrument is niet echt gebruiksvriendelijk voor mensen met een verstandelijke beperking omdat het apparaat zich meestal in het ziekenhuis bevindt, mensen stil moeten liggen voor het onderzoek etc. Daarom is er binnen het GOUD-onderzoek gebruik gemaakt van een meer patiëntvriendelijke manier van meten van botkwaliteit: de Lunar Achilles Insight (zie afbeelding 4).

Afbeelding 4: Lunar Achilles Insight.



Dit apparaat maakt een echo van de hiel om de toestand van het bot in de hiel te bepalen. Het apparaat zelf is eerder onderzocht bij mensen met een verstandelijke beperking. Uit dat onderzoek bleek dat meer dan 90% van de mensen met een verstandelijke beperking geen stress ondervond tijdens de metingen. Andere voordelen van dit apparaat zijn dat de cliënten niet worden blootgesteld aan röntgenstraling, de cliënten zittend gemeten kunnen worden en het apparaat makkelijk te verplaatsen is.

Uit het GOUD-onderzoek is gebleken dat 44% van de 768 mensen die meegedaan hebben met dit deel van het onderzoek een lage botkwaliteit hadden. Een lage botkwaliteit kwam vaker voor bij vrouwen en vaker bij mensen met een matige en ernstige VB. Ook mensen die medicijnen gebruiken tegen epilepsie, mensen in een rolstoel en mensen met een laag gewicht hadden meer risico op een lage botkwaliteit.

Gezien deze resultaten is het aan te bevelen om meer aandacht te besteden aan botontkalking in de dagelijkse zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Allereerst moet er meer gemeten worden. Daarnaast is het ook belangrijk dat er meer aandacht komt voor het voorkómen van botontkalking. Hiervoor is het belangrijk dat groepen waarin lage botkwaliteit vaak optreedt, behandeld worden met vitamine D en calcium.

Hoofdpunten:

- Een echo van het hielbot is een geschikte methode om lage botkwaliteit aan te tonen bij oudere mensen met een verstandelijke beperking.
- Bijna de helft van de ouderen met een verstandelijke beperking heeft een lage botkwaliteit.
- In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking moet meer aandacht komen voor het voorkómen van botontkalking.

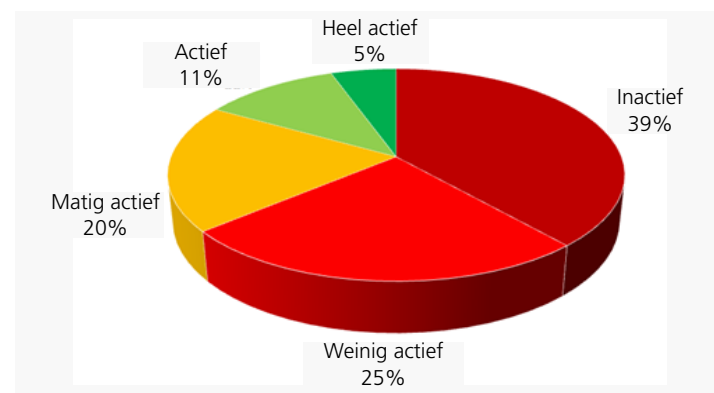
LIChAMELIJKE ACTIVITEIT

Bij te weinig lichamelijke activiteit loop je een verhoogd risico op gezondheidsaandoeningen en afname van zelfstandigheid. De aanbevolen hoeveelheid lichamelijke activiteit voor volwassenen in Nederland is 30 minuten matig-intensief bewegen op minimaal 5 dagen per week (Nederlandse Norm Gezond Bewegen). Lichamelijke activiteit wordt gemeten met behulp van stappentellers. Een stappenteller is een apparaatje dat aan de broekrand gedragen kan worden en elke stap telt die een persoon zet. Het gaat dan om wandelen of hardlopen, andere lichamelijke activiteiten zoals fietsen kunnen niet worden gemeten met behulp van stappentellers. In stappen per dag wordt vaak de '10.000 stappen'-grens gehanteerd voor voldoende lichamelijke activiteit, maar recent onderzoek laat zien dat 7500 stappen per dag ook voldoende lijken te zijn om gezondheid te handhaven of te verbeteren.

Hoewel het de bedoeling van het GOUD-onderzoek was om lichamelijke activiteit met stappentellers te meten bij alle deelnemers, bleek dit in de praktijk niet haalbaar. De redenen hiervoor waren met name: lichamelijke beperkingen, een te laag wandeltempo en het niet goed begrijpen wat de bedoeling was of niet mee willen doen. Uiteindelijk is het bij 257 deelnemers gelukt om lichamelijke activiteit te meten. Deze groep was de 'beste' groep, dit wil zeggen de groep met de minste lichamelijke beperkingen en de groep met de minste gezondheidsproblemen.

Van deze 257 mensen haalde slechts één zesde de norm van gemiddeld tenminste 10.000 stappen/dag, ruim één derde haalde gemiddeld tenminste 7500 stappen/dag, en bijna vier op de tien mensen vielen in de laagste categorie. Deze laatste groep mensen zet gemiddeld minder dan 5000 stappen/dag, wat overeenkomt met een inactieve leefstijl (zie figuur 3).

Figuur 3: resultaten van lichamelijke activiteit.



Oudere personen, vrouwen, personen met een meer ernstige verstandelijke beperking en mensen die niet zelfstandig zonder hulpmiddelen kunnen lopen, zijn vooral minder lichamenlijk actief.

Omdat de bovengenoemde resultaten betrekking hebben op de 'beste' groep, zijn de resultaten waarschijnlijk een overschatting van de werkelijke hoeveelheid lichamenlijke activiteit van de totale groep ouderen met een verstandelijke beperking.

Vergeleken met ouderen in de totale bevolking in Nederland, zijn ouderen met een verstandelijke beperking veel minder actief. Het is daarom belangrijk dat er meer aandacht komt voor (promotie van) lichamenlijke activiteit in deze doelgroep.

Hoofdpunten:

- Oudere mensen met een verstandelijke beperking zijn weinig lichamenlijk actief.
- Bijna 40% van de oudere mensen met een verstandelijke beperking in het GOUD-onderzoek heeft een inactieve leefstijl. Dit percentage is in de totale groep ouderen met een verstandelijke beperking waarschijnlijk nog hoger.
- In de praktijk moet meer aandacht komen voor (promotie van) lichamenlijke activiteit.

FITHEID

Fitheid is belangrijk om voor jezelf te kunnen zorgen en om zelfstandig te kunnen leven, maar het neemt af als iemand ouder wordt. Deze afname geldt uiteraard ook voor ouderen met een verstandelijke beperking, maar hoe fit deze groep ouderen eigenlijk is, was voordat het GOUD-onderzoek begon niet eerder op grote schaal onderzocht.

Fitheid bestaat uit verschillende componenten: reactietijd, balans, spierkracht, lenigheid, uithoudingsvermogen en coördinatie. Al deze componenten zijn in het GOUD-onderzoek onderzocht. Om deze componenten van fitheid goed in kaart te brengen, moesten er eerst goede meetinstrumenten gezocht en uitgekozen worden. Van veel meetinstrumenten was onbekend of ze ook geschikt waren voor ouderen met een verstandelijke beperking, dus dat is eerst onderzocht in de GOUD-studie. Nadat dit vooronderzoek had laten zien dat er geschikte meetinstrumenten bestonden om fitheid te meten bij ouderen met een verstandelijke beperking, is de totale deelnemersgroep van de GOUD-studie gemeten met deze meetinstrumenten.

Vergeleken met normwaarden voor de algemene bevolking van 50 jaar en ouder (die kijken naar de minimale fitheid die je nodig hebt om voor jezelf te kunnen zorgen) scoorde circa twee derde van de deelnemers slecht (beneden de norm). Ook bleek dat ouderen met een verstandelijke beperking minder fit zijn dan ouderen zonder verstandelijke beperking, ze scoren lager op alle componenten van fitheid. Ter vergelijking: ouderen met een verstandelijke beperking zijn op hun vijftigste net zo fit als zeventig- tot tachtigjarigen uit de algemene bevolking.

Omdat fitheid nodig is om gezond te blijven en om achteruitgang in functi-oneren te voorkomen, is het daarom van groot belang om ouderen met een verstandelijke beperking zo actief mogelijk te houden.

Hoofdpunten:

- De fitheid van oudere mensen met een verstandelijke beperking ligt voor twee derde van hen beneden de minimale norm voor jezelf te kunnen verzorgen.
- Ouderen met een verstandelijke beperking zijn op hun vijftigste net zo fit als zeventig- tot tachtigjarigen uit de algemene bevolking.
- Het is van groot belang dat er veel aandacht komt voor het actief houden van mensen met een verstandelijke beperking.

EEN BEWEEGPROGRAMMA VOOR OUDEREN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Waarom is het beweegprogramma ontwikkeld?

Veel ouderen bewegen te weinig, terwijl bewegen juist belangrijk is voor het doen van alledaagse dingen met zo min mogelijk hulp. Daarom is er een beweegprogramma ontwikkeld voor ouderen met een lichte of matige verstandelijke beperking. Het doel van het programma is het onderhouden of verbeteren van de fitheid en de gezondheid van de deelnemers.

De inhoud van het beweegprogramma

Op basis van bestaande kennis over goede beweegprogramma's is een nieuw beweegprogramma ontwikkeld, speciaal voor bovengenoemde doelgroep. Het nieuwe beweegprogramma bestaat enerzijds uit het aanbieden van kennis over bewegen en gezondheid (educatie) aan mensen met een licht tot matige verstandelijke beperking. Anderzijds is er samen met bewegingsagogen uit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking een beweegbundel opgesteld met beweegactiviteiten, geschikt voor oudere, mobiele mensen met een verstandelijke beperking.

Motiveren

Deelnemers zijn op verschillende manieren gemotiveerd om actief deel te nemen aan de beweegactiviteiten. Zo zijn de beweegactiviteiten stap voor stap opgebouwd in duur en intensiteit. Ook zijn in het educatieve deel van het beweegprogramma met de deelnemers oefeningen gedaan waarin reacties van het lichaam op bewegen en ervaringen van deelnemers met bewegen centraal stonden. De bewegingsagogen en activiteitenbegeleiders ondersteunden de deelnemers bij het veilig kunnen uitvoeren van de activiteiten. Ook moedigden zij de deelnemers actief aan tijdens de beweegactiviteiten. De deelnemers kregen af en toe een beloning, bijvoorbeeld een medaille of een diploma.

Evaluatie

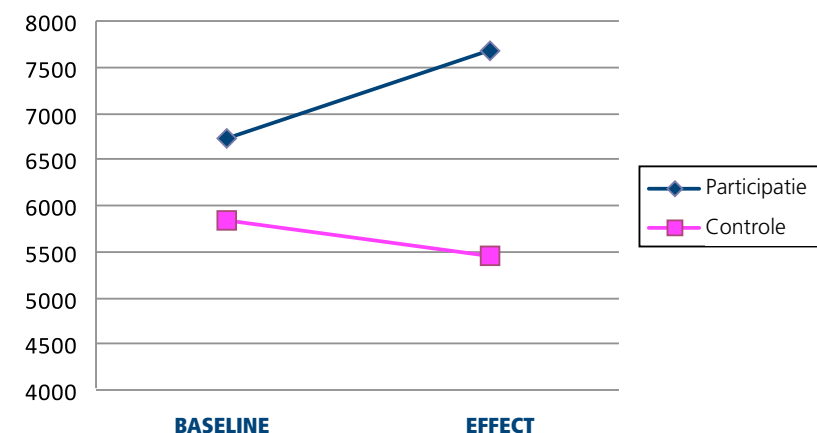
Van het nieuw ontwikkelde beweegprogramma moest nog aangetoond worden dat het daadwerkelijk werkt, dat het zorgt voor verbetering van de gezondheid van de deelnemers. Daarom is voor dit deel van het GOUD-onderzoek het beweegprogramma getest in tien vergelijkbare dagcentra van de deelnemende zorgorganisaties Abrona, Amarant en Ipse de Bruggen. Gedurende 8 maanden hebben 80 personen met een lichte tot matige verstandelijke beperking in vijf van deze centra drie keer per week het beweegprogramma aangeboden gekregen in plaats van hun reguliere activiteiten. De deelnemers van de andere vijf centra (71 personen) fungeerden als controlegroep: zij kregen het beweegprogramma niet aangeboden, voor hen veranderde hun dagprogramma dus niet. Voor het starten en na afloop van het beweegprogramma is de gezondheid van alle 151 personen in kaart gebracht. Door het vergelijken van de gezondheid van de 80 deelnemers met de gezondheid van de 71 mensen in de controlegroep, is vervolgens gekeken of het beweegprogramma effectief was.

Effectiviteit

De effectiviteit van het programma is bepaald door het meten van verandering in lichamelijke activiteit. Daarnaast zijn ook kracht, uithoudingsvermogen, balans, tailleomtrek, cholesterol, glucose, mobiliteit en functioneren in het dagelijks leven gemeten. Uit analyses is het beweegprogramma effectief gebleken. Deelnemers hadden na het beweegprogramma een duidelijk verbeterde lichamelijke activiteit (zie figuur 4). Verder heeft het programma op nagenoeg alle andere uitkomstmaten een positief effect gehad. Relatief grote verbeteringen zijn gevonden voor bloeddruk, uithoudingsvermogen en cholesterol. Hoe actiever de ouderen deelnamen, des te meer zij verbeterd zijn. Ook hebben we gezien dat ouderen die bij aanvang een minder goede gezondheid hadden, meer verbeterden.

Figuur 4: Gemiddelde waarde lichamelijke activiteit voor de start van het programma (baseline) en na afloop van het programma (effect) van respectievelijk de deelnemers (donkerblauwe lijn, participatiegroep) en de mensen in de controlegroep (roze lijn).

LICHAMELIJKE ACTIVITEIT



Toepasbaarheid

Ook de toepasbaarheid van het programma is uitgebreid geëvalueerd. Vier maanden na de start van het programma zijn evaluatiebijeenkomsten gehouden met uitvoerders van het programma (bewegingsagogen en activiteitenbegeleiders). Na afloop van de interventieperiode zijn de uitvoerders en managers geïnterviewd en ontvingen zij een vragenlijst. Ook ouderen met een verstandelijke beperking zelf werden geïnterviewd. Uit de evaluatie blijkt dat het beweegprogramma positief werd ervaren door de deelnemers en volgens de uitvoerders een meerwaarde had voor de ouderen. De inzet van de bewegingsagoog lijkt cruciaal, daar deze professional als geen ander weet hoe cliënten te motiveren om actief mee te doen aan beweegactiviteiten, in een voor cliënten veilige omgeving.

Hoofdpunten:

- Het nieuw ontwikkelde beweegprogramma voor mensen met een licht tot matige verstandelijke beperking werkt: na deelname verbetert de gezondheid!
- Cliënten met een licht tot matige verstandelijke beperking die deelgenomen hebben aan het beweegprogramma ervaren hun deelname als positief.
- Het beweegprogramma is goed uitvoerbaar, maar cruciaal is wel de beschikbaarheid van een bewegingsagoog.

COLOFON

Angst, depressie en life events

Heidi Hermans

h.hermans.1@erasmusmc.nl

Slaap en slaap-waakritme

Ellen van de Wouw

m.echteld@erasmusmc.nl

Voeding

Luc Bastiaanse

l.bastiaanse@erasmusmc.nl

Ondergewicht en overgewicht

Luc Bastiaanse en Channa de Winter

l.bastiaanse@erasmusmc.nl

**Suikerziekte, hoge bloeddruk
en hoog cholesterol**

Channa de Winter

l.bastiaanse@erasmusmc.nl

Slikproblemen

Luc Bastiaanse

l.bastiaanse@erasmusmc.nl

Botontkalking

Luc Bastiaanse

l.bastiaanse@erasmusmc.nl

Lichamelijke activiteit

Thessa Hilgenkamp

t.hilgenkamp@erasmusmc.nl

Fitheid

Thessa Hilgenkamp

t.hilgenkamp@erasmusmc.nl

**Een beweegprogramma
voor ouderen met een VB**

Marieke van Schijndel-Speet

m.vanschijndel-speet@erasmusmc.nl



GEZOND OUDER MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Deze brochure gaat over het onderzoek Gezond ouder met een verstandelijke beperking (GOUD). Wetenschappers onderzoeken de gezondheid van oudere mensen met een verstandelijke beperking. Het onderzoek wordt uitgevoerd bij de drie zorginstellingen Abrona, Amarant en Ipse de Bruggen in samenwerking met het Erasmus MC.

